Sint Lucas Tijdschrift

INHOUD

Nr 2 1976

Voorwoord

Onze Voorzitter Dr. Jean Klyskens rekent op uw aanwezigheid in het Kongressenpaleis op 17 oktober.

Verder herinnert hij eraan dat de artikels onder de verantwoordelijkheid van de schrijver verschijnen. Ons blad staat open voor kritiek. Het artikel « therapeutische vrijheid van de geneesheer » vraagt aandacht en reaktie.

Gerard Vandenberghe.

17 OKTOBER 1976

Jaarvergadering van SINT LUCAS

Congressenpaleis, zaal Dynastie A., Albertina Plein, Brussel.

9 u 45 :

« Studie van de verslagen van de Staatscommissie voor de Ethische Problement ».

Sprekers :

— E.P. Troisfontaines (Namen) - moralist.

— Mw. Prof. Meulders - Klein (Leuven) - jurist (lid van de commissie).

— Prof. Dr. Dirk Van de Kerckhove (Gent) - gynecoloog.

Moderator :

— Prof. Louis Libbrecht - vrije discussie.

Simultane vertaling.

***

Lunch, ter plaatse om 13 uur.

Statutaire Vergadering om 14 u 30.

Het groot belang van deze studiedag zal niemand ontgaan.

Een talrijke opkomst wordt verwacht, ook van vrienden belangstellenden.

Herinneren we ons het sukses en de grote invloed van ons Internationaal Congres over Abortus van 1971.

THERAPEUTISCHE VRIJHEID VAN DE GENEESHEER

UITEENZETTING VAN Mr KRIS SCHUTIJSER

De **Wereldvereniging voor Medisch Recht,** onder het voorzitterschap van Prof. Dr. Spanoghe, hield haar vierde congres in juli laatstleden, te Manila.

Heel wat problemen werden aangesneden gaande van kunstmatige inseminatie tot euthanasie. Mr. Kris Schutyser, adjunkt direkteur van het Verbond der Verplegingsinstellingen van Caritas Catholica, sprak er over **de therapeutische vrijheid van de geneesheer** verbonden aan een verplegingsinstelling.

In zijn inleiding beschreef Mr. Schutyser de **vrijheid** als een begrip dat men terugvindt in de oudste keuren, in manifesten van opstanden en revoluties tegen een verdrukker of tegen een niet demokratische overheid (koning, diktator, universitaire overheid, een seksuele onverdraagzame gemeenschap, enz.). Het begrip vrijheid wordt dikwijls in verband gebracht met humaniteit, gemeenschap of collectiviteit. Het begrip virjheid is nochtans meestal verbonden met « beperkte groepen ». Hiervan is de therapeutische vrijheid een voorbeeld.

Therapeutische vrijheid : vrijheid van diagnose en van behandeling is een basisprinciep voor de vrije uitoefening van de geneeskunde die uiteindelijk aan de geneesheer het **monopolie** moet waarborgen van de geneeskundige daad- inbegrepen zijn technische en morele onafhankelijkheid.

Ter staving verwees de adjunkt direkteur van het Verbond der Verplegingsinstellingen naar :
- Charte médicale du Dr. Cibrie (Frankrijk), 1927;
- de principiële verklaring van de geneeskundige wereldorganisatie inzake sociale zekerheid in 1964;
- het ontwerp van keure voor een liberale, vrije Europese geneeskunde in 1966;
- het ontwerp van keure voor de geneesheren verbonden aan verplegingsinstellingen binnen de Europese Gemeenschap in 1967;
- de verklaring van het dagelijks bestuur van de geneesherenvereniging van de Europese Gemeenschap betreffende de uitoefening van de geneeskunde binnen de gemeenschap (1967).

Hierin wordt als vanzelfsprekend verkondigd : « Tout homme doit avoir la garantie que le médecin, auquel il fait appel, jouit d'une

totale indépendance sur le plan moral et dans le domaine technique et a le libre choix de sa thérapeutique ». Dit wordt dan door een beperkte groep als een noodzakelijkheid voorgehouden zowel voor de enkeling als voor de gemeenschap.

De heer adjunkt direkteur handelt achtereenvolgens over :

— therapeutische vrijheid als juridisch begrip in het Belgisch recht;

— therapeutische vrijheid als deontologisch begrip in de Belgische geneeskundige plichtenleer;

— de juridische toestand van de geneesheer in de Belgische verplegingsinrichting;

— de therapeutische vrijheid van de geneesheer verbonden aan een verplegingsinrichting.

Therapeutische vrijheid als juridisch begrip in het Belgisch recht.

Zowel in België, als in de omliggende landen, steunde de steeds invloedrijker wordende sociale ziekteverzekering zwaar op de pijler van de therapeutische vrijheid van de vrije (liberale) geneeskunde. De uitzonderlijke aangroei van de diagnostische en van de therapeutische mogelijkheden, waarover de geneesheren beschikken, maakt deze vrijheid praktisch onbetaalbaar. Anderzijds wordt de inviduele therapeutische vrijheid in het gedrang gebracht door groepsgeneeskunde, door pluri-gedisciplineerde behandelingscentra en door uitgeruste verplegingsinstellingen.

Tegen deze evolutie heeft het Belgisch geneesherencorps in zijn strijd tot het behoud van een zo vrij mogelijke geneeskunde (1964) teksten afgedwongen die nog ingeschreven zijn zowel in de sociale wetgeving als in de wetgeving ter uitoefening van de geneeskunde. Er wordt verwezen naar artikel 35 van de wet op de ziekte- en invaliditeitsverzekering en naar artikels 11 en 12 van het Koninklijk Besluit van 10 november 1967.

Therapeutische vrijheid als deontologisch principe in de Belgische geneeskundige plichtenleer.

Ofschoon de sociale evolutie toestanden geschapen heeft waarin nog amper sprake is van therapeutische vrijheid, heeft de Belgische wet — op een praktisch absolute wijze — de therapeutische vrijheid erkend zoals ze geëist werd door het medisch korps. De Orde van geneesheren werd ermee belast de misbruiken tegen te gaan.

Ter motivering wordt volgende tekst aangehaald uit het verslag van de Koninklijke Commissaris Petit, van 27 februari 1976, ter her-

vorming van de ziekteverzekering : « ... semble ne pas être à même de défendre les intérêts de la société ni de lutter contre la surproduction causée par certains médecins. Cette constatation ne vaut pas seulement pour l'Ordre des médecins, mais pour toutes les institutions corporatistes ».

Mr. Schutyser zegt vervolgens dat de code van de nieuwe geneeskundige pilchtenleer (1975) zich alleen beperkt tot een overname van de wettelijke schikkingen en in werkelijkheid praktisch geen vorm geeft aan de gestelde principen ten einde aan de individuele geneesheer een zeker richtsnoer te geven. Mr. Schutyser wijst op de juridische onzekerheid over de disciplinaire bevoegdheid van de provinciale Orden van geneesheren, daar deze Code nog niet wettelijk verplicht is.

Wat meer is : welk verband bestaat er eigenlijk tussen « deontologie » en « recht » ? Deze vraag heeft des te meer zin daar een eerder « vrije » deontologie poogt het eerder « socialiserend » recht te verkrachten.

De juridische toestand van de geneesheer in de Belgische verplegingsinrichting.

Het probleem van de therapeutische vrijheid moet niet alleen gezien worden binnen het kader van de specifieke normen, zoals de therapeutische vrijheid werd beschreven, maar ook met als achtergrond het meer algemeen probleem van de juridische situatie van de geneesheer verbonden aan een Belgische verplegingsinrichting. Ook hier werden juridische normen afgeperst door de geneesherenverenigingen en door de Orde van de geneesheren langs de deontologie om ter bescherming van de liberale vrije geneeskunde. Zowel in de wet op de ziekenhuizen (1963) als in de wetgeving over de ziekte- en invaliditeitsverzekering èn eveneens in de wetgeving ter uitoefening van de geneeskunde en in de Code van de geneeskundige plichtenleer vinden we een juridische situatie van « achetype »-model van de geneesheer verbonden aan een verplegingsinrichting.

In het archétype-model had de geneeskunde in de verplegingsinrichting geen eigen identiteit. Het was een specialistisch (liberale) geneeskunde uitgeoefend als solospeler onder het dak van iemand anders. Met individuele praktijken onder het dak van de verplegingsinrichting bereikt men geen echte ziekenhuisgeneeskunde maar een « galerie médicale ». Ziekenhuisgeneeskunde veronderstelt groepswerk, een aktieve staff, wachtdienst, médical audit, gemeenschappelijk beheer van het medisch dossier. De oplossing voor een dergelijke evolutie is niet onmiddellijk te vinden in het model van een vrije (liberale) geneeskunde.

Onder de druk van de evolutie wensen de verantwoordelijken van de verplegingsinstellingen niet alleen de ontwikkeling van de geneeskunde **onder het dak** van de inrichting, maar ze wensen de geneeskunde te integreren om tot een eenheid te komen. Hierdoor worden ze gemotiveerd door het medisch en niet-medisch multidisciplinaire karakter van de verpleging. Het probleem van vraag en aanbod laat geen te grote verschillen toe tussen de verschillende mensen inzake macht, statuut en financiële vergoeding. Enkel wanneer de geneesheer niet meer voor eigen rekening werkt, maar zich laat integreren, zal hij, zoals anderen die aan de inrichting verbonden zijn, niet meer **in** maar voor de verplegingsinrichting werken op een gecoördineerde wijze. De geneesheer zal dan door het ziekenhuis vergoed worden. Dat deze zienswijze regelrecht indruist tegen de traditionele liberale vrije geneeskunde laat geen twijfel. De geneesheren verzetten zich dan ook met alle middelen, o.a. het « colloque singulier » en ze worden daarbij gesteund door de wetgeving gebaseerd op een geneeskunde naar het archétype.

De integratie van de geneesheer in de verplegingsinrichting doet vooruitgang. In een voorontwerp van wet (1976) over het statuut van de ziekenhuisgeneesheer wordt de verplegingsinstelling als een eenheid gesteld. Alle gevolgtrekkingen van dit princiep komen niet aan hun trekken, vermits men in het individueel statuut van de geneesheer slechts komt tot de medewerking en niet tot de fusie.

De weerstand van de geneesheren kan slechts overwonnen worden door duidelijke argumenten ten voordele van de integratie èn in het belang van de kwaliteitsgeneeskunde. De ziekenhuisbeheerders moeten met wilskracht de nieuwe visie verdedigen en het oud stelsel verlaten.

Therapeutische vrijheid van de geneesheer verbonden aan een verplegingsinstelling

De absolute therapeutische vrijheid van de Belgische geneesheer komt opnieuw ter sprake wegens de evolutie van de sociale zekerheid èn vooral wegens de financiële lasten die ze meebrengt. Behoud van absolute vrijheid wordt nog moeilijker in een verplegingsinrichting. De therapeutische vrijheid, zoals omschreven in de wet, en de deontologie is niet meer verdedigbaar in een geïntegreerde verplegingsinrichting, omdat ze eenvoudigweg een bedreiging inhoudt voor de ontwikkeling van de zorgen en omdat ze de integratie van de geneesheer onmogelijk maakt. Een beperkte vrijheid kan slechts toegestaan worden voor zover ze de kwaliteit van de zorgen verzekert waarop ieder zieke recht heeft, rekening houdend met de beschikbare middelen !

Een geneesheer die individueel werkt in de verplegingsinrichting is een anakronistisch wezen wegens de onderverdeling van verschillende specialismen en de overdracht van vele taken naar paramedici en nursing. Een medische staff is belangrijker dan de som van het totaal der individueel werkende geneesheren. Om dit doel te bereiken is een gecentraliseerd medisch dossier noodzakelijk. De therapeutische vrijheid van de geneesheer in de verplegingsinstelling moet ingeschakeld worden in «het groepsverbandwerk» dat zich niet tot de genesheren beperkt. Meer en meer worden immers niet-geneesheren bij de behandeling betrokken (b.v. : het verplegend personeel in de psychiatrie, de nuttige rol van de ziekenhuisapotheker, de aanbreng van de sociale en pastorale begeleiding, enz.). Groepswerk is echter, de facto, niet altijd beter dan het individueel werk, doch goed georganiseerd groepswerk biedt meer garanties voor de kwaliteit van het werk. Men moet echter bedenken dat groepswerk aanleiding kan geven tot een veronachtzamen van het menselijk karakter zowel onder de leden van de groep als bij de zieke, de patiënt.

Een typisch kenmerk van de therapeutische vrijheid in het liberaal model van geneeskunde is dat de geneesheer souverein beslist over de uitrusting die hij zal gebruiken en tot zijn eigendom verwerven. In de hedendaagse verpleeginrichting is dat niet meer mogelijk en ook niet wenselijk. In een geïntegreerde verpleeginrichting is het logisch dat de inrichting zelf investeert in de medische apparatuur, hetgeen daarenboven het probleem van de medewerking stelt van de participatie van de medische staff en gebeurlijk van de andere mensen die aan de inrichting verbonden zijn.

Door de wet van 5 januari 1976 werd een begin gemaakt met de programmatie van de dure geneeskundige uitrusting. Voor bepaalde uitrustingen moet er voorafgaandelijk toelating verkregen worden èn toelagen kunnen toegestaan worden. In dit licht werd ook dwingende rationalisatie en planning van de verplegingsdiensten voorzien. De opgelegde programmatie streeft naar een pyramidale struktuur van de verplegingsinstellingen met regionale en supra-regionale instellingen, geleidelijk voorzien van meer gespecialiseerde diensten.

Dit alles beïnvloedt de therapeutische vrijheid zoals ze op absolute wijze door de wet wordt bepaald. Het is niet wenselijk dat de therapeutische vrijheid alléén door de deontologie zou bepaald worden. De deontologie moet onderworpen worden aan een sociale evaluatie door de wetgever of door de uitvoerende macht. Er bestaan in België, inzake medisch recht, te veel wettelijke teksten die niet voldoende werden uitgewerkt en te dikwijls het resultaat zijn van hinkende kompromissen.

REACTIE OP DE UITEENZETTING

Deze mededeling gaf me aanleiding tot volgende bedenkingen :

— *vond de « Vereniging van verzorgingsinstellingen » niet haar oorsprong in de christelijke liefdadigheid sinds het ontstaan van het christianisme ?*

— *met de Franse Revolutie werden de goederen van de liefdadigheidsinstellingen geëtatiseerd.*

— *stelt het verbond van verplegingsinstellingen niet meer dan 60 % van de beschikbare bedden ten dienste van de wettelijk verplichte ziekteverzekering ?*

— *het beoefenen van geneeskunde in België is aan dokters in de genees-, heel- en verloskunde toevertrouwd.*

— *het beoefenen van de geneeskunde in België behelst een verantwoordelijkheid die op vrijheid steunt en die geenszins exploitatie van de ziekte veronderstelt.*

— *deze geneeskundige verantwoordelijkheid wordt niet gewijzigd naar gelang men spreekt over geneeskunde in liberale zin van het woord of in sociale zin van het woord ;*

— *het beoefenen van geneeskunde in ziekenhuisverband veronderstelt een goede verstandhouding en samenwerking met de administratie, het paramedisch en ander personeel verbonden aan de inrichting.*

— *de toestanden in België vereisen zodra er over geld gesproken wordt, dat men de kontrole van deze financiële transacties ordent om het even indien de eigenaar van de fondsen ter uitoefening van de geneeskunde een vereniging zonder winstoogmerken is, een openbaar bestuur, toebehoort aan een verzekeringsmaatschappij, een industrie, aan een geneesheer of aan erfgenamen van een geneesheer.*

AANVULLENDE GEGEVENS TER OVERWEGING

Het is hier niet de plaats om aan « syndikalisme » of om aan politiek te doen.

We kunnen ons beroep echter niet naar behoren uitoefenen zonder rekening te houden met de « realiteit » van het dagelijks leven dat o.a. bepaald wordt door de sociale konstellatie, door de financiële aspekten aan ons beroep verbonden, alsook door de wettelijke schikkingen.

Ter aanvulling van hetgeen enkele jaren geleden verscheen in « Saint-Luc Médical - Sint-Lucas tijdschrift 1969 nr. 4, 1973 nr. 3 en 1974 nr. 3 » wens ik enkele gegevens toe te voegen.

Belgische bevolking en de Rijksdienst voor Ziekte en Invaliditeit.

Vertrekken we hierbij van de evolutie van het aantal inwoners in België en van het aantal rechthebbenden van de Rijksdienst voor verplichte Ziekte- en Invaliditeitsverzekering :

	bevolking	rechthebbenden
in 1966	9.556.380	8.795.114
1970	9.650.944	9.422.085
1971	9.695.379	9.525.372
1972	9.726.850	9.624.392
1973	9.756.590	9.710.170
1974	9.788.248	9.827.341

Hieruit blijkt dat er in 1974, 39.093 meer rechthebbenden waren in de Rijksdienst tegen Ziekte dan dat België aan inwoners telde. Men moet echter bedenken dat de Sociale Dienst van de Belgische Spoorwegen een eigen Ziekteverzekering heeft die los staat van de Rijksdienst voor Verplichte Ziekte- en Invaliditeitsverzekering.

In deze sociale dienst van de Belgische Spoorwegen waren

in 1970 :	238.736	rechthebbenden
1971 :	232.138	»
1972 :	229.960	»
1973 :	225.028	»
1974 :	221.345	»

DE KOSMETIKA

kan u helpen in bepaalde gevallen van haarafwijkingen

Eén geval onder vele andere :

DE SCHILFERTJES

Voor droge of vette schilfertjes bestaat er een specifieke shampoo : het ANTI-SCHILFERTJES BAD, op basis van pyridinethioon-zink, pH 7,2, praktisch neutraal.

Het effect van dit bad wordt verlengd door een ANTI-SCHILFERTJES ZORG waarvan de basis dezelfde is, met een alcoholische oplossing van 15°.

In geval van overvloedige schilfertjes : het PEELING BAD, waarvan de basis dezelfde is maar waarvan de concentratie verschilt.

Dit bad wordt gedurende 5 à 6 weken toegepast. Daarna gebruikt men terug het ANTI-SCHILFERTJES BAD.

In klassieke gevallen raden wij trouwens aan afwisselend het ANTI-SCHILFERTJES BAD te gebruiken :
1. met het VITAAL BAD, indien de hoofdhuid droog is,
2. met het ANTI-SEBORRHEE BAD, indien de hoofdhuid vet is.

Het VITAAL BAD is een zure shampoo met een pH van 3,5 en bezit verzachtende eigenschappen.

Het ANTI-SEBORRHEE BAD bevat zwavelhoudende amino-zuren en is licht alkalisch met een pH van 8.

Wanneer we de gerechtigden op geneeskundige zorgen bij de Rijksdienst samentellen met deze bij de Belgische Spoorwegen hebben we het aantal gerechtigden op geneeskundige zorgen ten aanzien van totale Belgische bevolking en we krijgen een beeld van het overschot aan gerechtigden voor de jaren 1970 tot 1974 :

	bevolking	R.I.Z.I.V.	Belg. Sp.	totaal	overschot
1970	9.650.944	9.422.085	238.736	9.654.821	9.877
1971	9.695.379	9.525.372	232.138	9.757.510	62.131
1972	9.726.850	9.624.392	229.960	9.854.352	127.502
1973	9.756.590	9.710.170	225.028	9.935.198	178.608
1974	9.788.248	9.827.341	221.345	10.048.686	260.438

We wensen ons te beperken tot het vaststellen van het feit dat er sinds jaren meer gerechtigden zijn in de verplichte verzekering tegen ziekte dan België aan inwoners telt.

Kategorieën verplicht verzekerden in R.I.Z.I.V.

Laten we ons beperken tot de gegevens van de Verplichte Verzekering tegen Ziekte en Invaliditeit en hierbij laten we de Sociale dienst van de Belgische Spoorwegen buiten beschouwing.

De rechthebbenden in het R.I.Z.I.V. worden in twee kategorieën ondergebracht. De eerste kategorie omvat de rechthebbenden behorend tot de « algemene regeling », het zijn de gerechtigden als loon- en weddetrekkenden. De tweede kategorie is deze van de « zelfstandigen ».

De indeling van de verplicht verzekerden in deze twee kategorieën geeft volgende gegevens :

	totaal	« algemene regeling »	« zelfstandigen »
1966	8.795.114	7.123.122	1.671.992
1970	9.422.085	7.735.924	1.686.161
1971	9.525.372	7.866.537	1.658.835
1972	9.624.392	7.999.889	1.624.503
1973	9.710.170	8.114.891	1.595.279
1974	9.827.341	8.230.291	1.597.150


SEDORINA
OMIKRON
MEDICAMENT DU SYSTEME NERVEUX
DOSES
DOSIS

We beschikken ook over het aantal verlossingen door geneesheren verricht per kategorie :

	algemene regeling	zelfstandigen
1966	106.486	19.112
1970	109.164	15.636
1971	109.013	15.023
1972	106.626	13.466
1973	104.922	12.258
1974	111.836	12.065

Wanneer we per duizend gerechtigden de evolutie van het aantal geboorten nagaan krijgen we volgende tabel :

	algemene regeling	zelfstandigen
1966	14,94	11,43
1970	14,11	9,27
1971	13,85	9,05
1972	13,32	8,28
1973	12,92	7,68
1974	13,58	7,55

Over hospitalen van commissies van openbare onderstand.

Om het financieel tekort in de gezondheidszorg in het licht te stellen volstaat het niet stil te staan bij dat van de verplichte ziekteverzekering. Men moet immers rekening houden met het deficiet dat hospitalen en gestichten boeken.

Het laatste Statistisch Jaarboek voor België, Boekdeel 95, van het Nationaal Instituut Voor de Statistiek, Ministerie van Economische zaken, geeft geen rekening na 1961. Vanaf 1962 beschikken we over begrotingsramingen :

	INKOMEN	UITGAVEN	TEKORT in miljoen franken
1962	1981,1	3025,8	1044,7 of 52,7 % van het inkomen
1963	1674,5	2714,2	1039,7 of 62 % »
1964	1323,8	2447,4	1123,6 of 84,8 % »
1965	1520,7	2674,4	1153,7 of 75,8 % »
1966	1828,8	3148,9	1320,1 of 72,1 % »
1967	1602,2	2552,0	949,8 of 59,2 % »
1968	1667,8	2611,4	933,6 of 55,9 % »
1969	1898,9	2907,3	1008,4 of 53,1 % »
1970	2474,8	3649,5	1174,7 of 47,4 % »

Dr. Gerard Vandenberghe.

DE KRITISCHE PERIODEN VAN DE KINDERLEEFTIJD

Zo luidde het thema van het **Congres der Duitse Katholieke Artsen,** dat plaatsgreep te **Augsburg van 28 tot 31 mei 1976.**

De voorzitter, Dr. R. SCHULTE-BECKHAUSEN, wijst erop dat onze 20ste eeuw, die aanvankelijk geestdriftig als de « eeuw van het kind » begroet werd, eerder lijkt uit te groeien tot een tijdperk dat bijzonder vijandig staat tegenover het kind.

Het verwende en het verwaarloosde kind, door Mevr. Chr. MEVES

De voornaamste symptomen van de neurotische verwaarlozing zijn : passiviteit (« luiheid » is niet het geschikte woord, gezien het zedelijke aspect ervan), onbekwaamheid om met anderen contact aan te leggen, en wanorde.

De kinderen die « niet kunnen spelen » erkent men heel vroeg. Hun gebrek aan activiteit is overal duidelijk en bereikt zijn hoogste punt tijdens de adolescentie. De jonge verwaarloosden scheren noch wassen noch verschonen zich niet meer. Om zijn innerlijk vacuüm te smoren, ondervindt de jongeling de behoefte om door luidruchtige muziek te worden overrompeld. Hij is bijna ongeneeslijk onbekwaam om tijdens vakantie of vrije tijd uit eigen initiatief te werken. Anderzijds zal hij soms op agressieve toon allerlei eisen uitbazuinen. Zulks kan uitlopen op drug en zwervend leven. **De oorzaak ligt in de onbekwaamheid van de ouders om hun kind te motiveren.**

Elke periode van de kinderleeftijd vergt bepaalde impulsen, die overeenstemmen met een zekere behoefte van de kinderlijke psyche. Die impulsen moeten aan het kind gegeven worden.

Van de geboorte af ondervindt het kind de voedingsbehoefte. De spanning welke die behoefte vergezelt moet ontladen worden door een « werk », in dit geval het zuigen, en niet door het lijdelijke ontvangen van een fles met wijde opening. De spanning wordt aldus omgezet in verzadiging, de onvoldaanheid in genot. Is de taak van het kind te gemakkelijk, moet het zich geenszins inspannen, dan ervaart het een frustratie, welke de latere onbekwaamheid tot handelen voorbereidt. De spanning houdt aan, het kind blijft op de orale fase vastzitten. Later worden zulke kinderen gulzigaards, grote rokers, bereid om te stelen, over welke som zakgeld zij ook beschikken.

Dezelfde toestand treft men trouwens aan bij kinderen wier voeding door een hazelip gehinderd is of die aan een niet-erkende pylorusstenose lijden.

Uiterlijk vanaf de derde maand openbaart zich het relatie-instinct : het kind erkent zijn moeder en lacht haar toe. Van belang is dat één en dezelfde persoon dan steeds een houding van beminnende beschikbaarheid aanneemt. Die enige persoon moet niet noodzakelijk de natuurlijke moeder zijn ; de pasgeborene weet niets af van zijn ouders.

Het voornaamste is dat één en hetzelfde aangezicht zich over het kind buigt : eerst erkent het kind de blik alleen, daarna heel het gelaat. Dat hoofdzakelijke contact speelt een zeer grote rol tussen de zesde week en de zesde maand. Een later intens sociaal leven is slechts mogelijk na intieme relaties in de wiegleeftijd.

Wordt dat instinct gestoord, verandert de persoon die zich met het kind bezighoudt al te dikwijls, dan houdt de spanning aan en gaat de frustratie wortel schieten, wat later leidt tot gebrek aan oriëntering, ontstentenis van stimulerende impulsen, passiviteit.

De stereotypen ontstaan reeds in de kinderjaren : trichotillomanie, likken, spuwen. Behoren onder die groep de meeste gevallen van enuresis, welke doorgaans met een abnormaal diepe slaap gepaard gaat. Soms gebeurt het tegenovergestelde : een ziekelijke opdrijving van de impulsen, een pathologische nieuwsgierigheid. Niet zelden merkt men achterstand in de geestesontwikkeling, gebrek aan verantwoordelijkheidsbesef, dyslexie, onychophagie enz.

Behandeling

De verwaarloosde kinderen dienen met sterke hand te worden aangepakt. Het is hoogst belangrijk hun de mogelijkheid te bieden met anderen in contact te treden. Zij ervaren inderdaad de verwenning als een beroving.

Uiteraard kunnen hier de kinderbewaarplaatsen en de « dagmoeders » slechts onvoldoende de taak van de moeder overnemen. Zelden is de profylaxe zo noodzakelijk als in dit geval. Het is onontbeerlijk :

— de moeder meer op prijs te stellen die zelf haar kind verzorgt, die de borst geeft, die tot zes uur en meer aan haar kind besteedt ;

— de overvloed aan de kaak te stellen ;

— de opvoedkunde op de schoolprogramma's te plaatsen.

Die logische eisen stuiten ongelukkig op het algemeen streven naar het dubbele werkloon...

Dr. A. Thulliez.

Zymafluor®

Voorkomen van tandbederf



Tabletten à 0,25 mg fluor

Indicatie
Voorkomen van tandbederf.
Overal waar de voeding en het drinkwater weinig fluor bevatten mag de dokter of tandarts een aanvullende fluordosis voorschrijven om de weerstand tegen tandbederf te vermeerderen om aldus een efficiënte prophylaxis te verwezenlijken.

Presentatie
Verpakkingen van 400 en 1000 tabletten.

Formule
Natr. fluorid. 0,553 mg – Sacchar. – Sacchar. lact. – Gum. arabic. – Amyl. Magnes. stear. – Aetherol. menthae pro compres. uno.

Zyma-Galen NV
De Wandstraat, 209–213, 1020 Brussel

Dosering en gebruiksaanwijzing
Vanaf de geboorte en tot 2 jaar:
1 tablet per dag.
Vanaf 2 jaar:
2 tabletten per dag.
Vanaf 3 jaar:
3 tabletten per dag.
Vanaf 4 jaar:
4 tabletten per dag.
Volwassenen, en gedurende de zwangerschap en de borstvoeding:
4 tabletten per dag,
of volgens advies van de arts of tandarts.

Voor de zuigelingen zal men 1 Zymafluortablet verbrijzelen en aan de zuigfles toevoegen.
Zodra de leeftijd dit toelaat, de Zymafluortabletten niet inslikken maar traag in de mond laten smelten.

DE CHRISTEN TEGENOVER DE DOOD

De **Vergadering der Franse Katholieke Artsen**, die plaatsvond te **Bordeaux** op **26 oktober 1975**, was gewijd aan « De Christen tegenover de Dood ».

Verschillende verslagen verdienen o.i. hierna te worden samengevat.

Het pastoraal van de stervende, door E.P. DESCHAMPS

« Nu is het uw beurt, Eerwaarde ». Met die formule pogen te veel artsen de zware taak van de betrekkingen met de stervende op de schouders te schuiven van de « specialist », d.w.z. de priester. Doch het pastoraal van de stervenden is niet enkel de zaak van de geestelijken, maar wel die van heel de Kerk, inzonderheid van diegenen die in dienst staan van de lijdende mens. Die menslievendheidsplicht berust zelfs ook op de ongelovigen.

De priester is niet de « man van de dood », die optreedt wanneer de dokter machteloos wordt.

Ieder mens ondervindt min of meer de behoefte om aan dat beslissende ogenblik een geheiligd karakter te geven. Gelooft hij, dan wendt hij zich tot het Sacrament der zieken. Doch al te dikwijls beschouwt men het sacrament afzonderlijk en verwacht men er een soort magische redding van. Net als wanneer men een medische daad uit de gezamenlijke behandeling zou rukken.

Alle christenen hebben tot plicht de stervenden bij te staan en aldus een levenswerk te verrichten, samen met de eigenlijke taak van de medicus. Genas Jezus de zieken niet ? De strijd tegen ziekte en dood ligt op het vlak van Geloof, Hoop en Liefde.

Door de woorden en gebaren van al zijn broeders — priesters, artsen, verplegenden, bloedverwanten enz. —, dient de christelijke stervende de nabijheid van Jezus Christus te ervaren.

Het sacrament is namelijk slechts een teken, een middel, en niet louter een gebaar dat op zichzelf een volledige waarde bezit. Voorzeker is de priester minister der sacramenten, maar hij is vooral getuige van de liefde. Dank zij de broederlijkheid van zijn verhouding tot de patiënt, in eensgezindheid met de verzorgende equipe, kan hij aan het sacrament zijn volle waarde geven als teken van Christus' liefde.

Het pastoraal voor zieke en stervende is vooreerst en in wezen levenspastoraal. Doch het verbloemt geenszins het vooruitzicht van de dood.

De dood van een broeder gaat ieder mens aan, ook de geneesheer, die er moet voor zorgen dat zijn techniek niet tot een scherm

ontaardt tussen hem en die aangrijpende werkelijkheid. Vaak verwacht de patiënt van hem heel wat meer dan goede verzorging.

Ook de priester dient er zich voor te hoeden op dat pijnlijke ogenblik achter zijn « techniek » te schuilen : rituele gebaren, formules enz., welke afgezonderd van een diep-echte verhouding al hun betekenis verliezen.

Kortom : priester, dokter, verplegenden, familie, moeten voor de stervende **samen** de getuigen zijn van de liefde die Christus hem toedraagt.

De verhouding arts-patiënt tegenover de dood, door Dr M. ABIVEN

De verhouding arts-patiënt krijgt een heel nieuwe kleur wanneer de medicus weet dat de zieke gaat sterven, en nog meer wanneer hij weet dat de zieke het ook weet.

Vereenvoudigend kan men in dit verband bij de arts vier opvattingen onderscheiden.

1) **De technicus**

« Ik ben mislukt. Men had mij een zieke toevertrouwd om hem te genezen, en hij sterft. »

Kanttekening : zo onze maatschappij — het publiek en de medicus — de rol van de geneesheer beschouwde, niet alleen als een hulp om te leven, doch wel als een hulp om **beter** te leven én dus ook om beter te sterven, zou zulke reactie veel minder voorkomen.

Zij kan worden aangevoeld als een gewone mislukking en dus licht verdragen worden. Zij kan ook een diep, pijnlijk, onbewust verantwoordelijkheidsgevoel doen ontstaan, dat zelfs kan leiden tot het opgeven van het beroep of tot het omschakelen naar een andere medische richting. Dat verantwoordelijkheidsgevoel kan bijzonder scherp zijn wanneer de patiënt een familielid is.

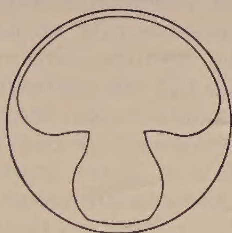
2) **De narcyssus-spiegelreactie** (Guyotat)

Bij het heengaan van de zieke denkt de dokter pijnlijk aan zijn eigen dood. Vandaar de neiging om de evenmens nog enkel door een spiegel te beschouwen, d.w.z. om zijn eigene reacties te vertolken als die van de patiënt.

In onze maatschappij is dat de meest voorkomende reactie. Daardoor wordt de dood verdrongen, verborgen, geloochend. Daaruit vloeien de « verplichting te liegen », sommige prijsgevingen en ook sommige therapeutische hardnekkigheden.

3) **De bescheidenheid**

Vooral wanneer de zieke op de hoogte is van zijn nabije dood, kan de dokter wegens een diepe bescheidenheid geneigd zijn de



patiënt, die een enige ervaring doormaakt, te weinig te benaderen.

4) **Het absolute mysterie**

De stervende stelt de geneesheer tegenover het geheim van de dood. Aan dat mysterie kan de practicus slechts een metafysisch antwoord geven. Wij christenen staan hier voor de vraag van ons geloof.

Zo de arts zich tot een van de eerste twee houdingen beperkt, dan kan hij aan zijn patiënt maar een flauwe hulp verlenen, ten hoogste zijn pijn stillen.

Zo hij de « spiegel », die trouwens maar een rookscherm is, weet te boven te komen, dan kan hij de grondbehoefte van de stervende — over de zekerheid van een aanwezigheid beschikken — beantwoorden. Toch moet hij altijd aanvaarden dat zijn rol, hoe voornaam ook, slechts passief is.

Geneeskundige techniek en gedraging tegenover de dood, door Prof. Dr. J. AUBERTIN

De huidige dokter staat vlak tussen twee tegenovergestelde stromingen.

Een steeds vooruitgaande technologie verleent hem een ontzaglijke macht, welke in de ogen van het publiek soms als wonderlijk voorkomt.

Maar het gebeurt, vooral wanneer de dood nabij is, dat de patiënt de technische dwang bezwaarlijk verdraagt en dat hij zich beroofd voelt van het recht deel te nemen aan de beslissingen die hem betreffen.

Dank zij chemotherapie, reanimatie, orgaanoverplantingen en dies meer mag de moderne geneeskunde er fier op gaan het leven te behouden bij patiënten die eertijds veroordeeld zouden zijn. Doch voor de zieke en zijn familie zijn die methoden materieel en psychisch erg dwingend, en voor de maatschappij brengen zij zware lasten mee. Soms bewerken zij een merkwaardige overleving. In andere gevallen echter herstellen zij slechts een louter vegetatief bestaan, samen met erge sequelae, welke de hersenstoornissen nog komen verwikkelen met erbarmelijke lasten voor patiënt en familie.

Al die gegevens brengen de medische ethica ter sprake. Sommigen willen tot elke prijs de zieke genezen en streven er meer naar het leven te handhaven dan het te eerbiedigen. Anderen wensen dat de eerbied voor de menselijke persoon de geneesheer er toe leidt zich aan de wil van de patiënt te onderwerpen, of die nu verkiest te leven of te sterven

Rekening houdend met al de technische, ethische en psychologische gegevens, laat de gedraging van de medicus tegenover de dood zich tot vier toestanden herleiden.

1) De therapeutische hardnekkigheid is verantwoord wanneer de prognose redelijk gunstig lijkt. Zij is minder te verdedigen wanneer de zaak blijkbaar verloren is, wanneer het verdere leven in zijn grondhoedanigheden als hopeloos voorkomt.

2) De therapeutische onthouding of staking, dat men thans soms passieve eutanasie gaat noemen, is veroorloofd bij voorbijgestreefd coma, maar de aanwijzingen moeten steeds individueel blijven.

3) Wanneer de actieve verlichting van pijn of ongemak tot het in slaap maken gedreven wordt, is zij niets anders dan een verbloemde euthanasie.

4) Steunend op «menslievende» principes wil een huidige gedachtenstroming de actieve euthanasie verdedigen ; dat mogen wij in geen geval aanvaarden.

Bij het naderen van de dood staat de medicus tussen zijn wetenschap, zijn gevoelens en zijn geweten. Daarenboven, naarmate het vertrouwen dokter-patiënt hedentendage dreigt te verzwakken, is hij meer en meer aan de druk van andermans oordeel blootgesteld. Zijn gedraging is dus verre van eenvoudig. Doch per slot van rekening behoudt hij de macht om te beslissen. Die grote verantwoordelijkheid, die wellicht zwaarder weegt dan eertijds, is een integrerend deel van het doktersberoep.

Dr. A. Thulliez.

Belgische Geneesherenvereniging Sint-Lucas

(Vereniging zonder winstgevend doel)

Algemeen Voorzitter : Dr. P. MARCHANDISE
Penningmeester : Dr. L. MORELLE
Algemeen Secretariaat : IJzerlaan 19 - 1040 Brussel
Tel. : 735.36.02

Het Verbond Sint-Lucas

Voorzitter : Dr. Kluyskens — Sekretaris : Dr. G. Vandenberghe

---

De Gilden

Geneesherenvereniging Sint-Lucas Aalst, Overhammedreef 16 - 9300 Aalst.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Antwerpen, Moorkensplein 13 - 2000 Antwerpen
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Brugge, Koning Albertlaan 2 - 8201 St Michiels.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Brussel, Jubileumlaan 145 - 1020 Brussel.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Gent, Wurmstraat 18 - 9940 Sleidinge.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Limburg, Langveldstraat 13 - 3500 Hasselt.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Mechelen, Nekkerspoel 121 - 5922 Mechelen.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Sint-Niklaas, Hofstraat 52 - 2700 St-Niklaas-W.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Turnhout, de Mérodelei 176 - 2300 Turnhout.

Medische hulp aan centraal-Afrika

Algemeen Secretariaat : Ijzerlaan 19 - 1040 Brussel

Medicus Mundi

Algemeen Secretariaat : Guimardstraat 5 - 1040 Brussel
Tel. : 511.10.06